

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

—

THÈSE

N°

—

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges SURUN

Né à Dun-le-Palleteau (Creuse), le 30 avril 1885

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR LE

Fonctionnement de la Maternité

DE L'HOPITAL DE LARIBOISIÈRE

pendant l'année 1909

Président : M. BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, Éditeurs

15, rue Racine, 15

—
1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOPPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous sommes heureux, au moment où nous terminons nos études, d'exprimer ici notre reconnaissance aux maîtres distingués qui nous accueillirent toujours avec bienveillance et qui nous prodiguèrent avec dévouement leur enseignement dans les Hôpitaux.

A nos premiers maîtres de l'Hôpital de Limoges :

A la mémoire de M. le docteur CHÉNIEUX.

A M. le docteur THOUVENET.

A M. le docteur DESCAZALS.

A M. le docteur CUBERTAFON.

A M. le docteur BOURGUIGNON.

A nos maîtres des Hôpitaux de Paris :

A la mémoire du professeur BERGER, chirurgien de l'Hôpital Necker, professeur de Clinique chirurgicale.

A MM.

Le professeur LANDOUZY, médecin de l'Hôpital Laënnec, professeur de Clinique médicale.

Le professeur agrégé TROISIER, médecin de l'Hôpital Beaujon.

Le professeur agrégé JALAGUIER, chirurgien de l'Hôpital
des Enfants-Assistés (Externat 1908).

Le Dr VEAU, chirurgien des Hôpitaux.

Le professeur agrégé CARNOT, médecin des Hôpitaux
(Externat 1909).

Le professeur agrégé BONNAIRE, accoucheur de la Mater-
nité de Lariboisière (Externat 1910).

Le professeur agrégé JEANNIN, accoucheur des Hôpitaux.

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LE
Fonctionnement de la Maternité
DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
pendant l'année 1909

AVANT-PROPOS

La Maternité de Lariboisière, par son organisation, et par le nombre de femmes qui passent chaque année dans ses salles, est une des plus importantes maternités de Paris. Ayant été attaché pendant un an, comme externe, à ce service, il nous a paru intéressant de donner un aperçu du mouvement statistique de cette maternité pendant une année complète : l'année 1909. Nous avons d'ailleurs été encouragé dans cette voie par notre maître, M. le Dr Bonnaire, à qui nous tenons à adresser ici un témoignage tout spécial de reconnaissance pour sa bienveillance à notre égard pendant l'année où nous venons d'être son élève et pour l'enseignement si magistral et si pratique dont il nous a fait profiter.

Nous remercions aussi M. le Dr Bonnaire de nous

avoir donné l'autorisation de puiser dans le registre du service les éléments de cet exposé. Nous les reproduisons sous forme d'un succinct résumé documentaire. Nous n'avons jugé utile de réunir sous forme de tableaux que les deux plus communes des opérations obstétricales : les applications de forceps et les versions podaliques.

PREMIÈRE PARTIE

I. — INSTALLATION DU SERVICE

Avant d'aborder la statistique proprement dite, nous ne dirons que quelques mots de l'installation et du fonctionnement du service.

La maternité occupe les deux étages de l'un des pavillons de l'hôpital Lariboisière ; elle est complètement isolée des autres services. Elle a été aménagée dans les locaux occupés autrefois par la communauté des sœurs attachées à l'hôpital. Par une série d'améliorations successives, les bâtiments ont été accommodés au mieux à leur destination présente, et ce service, qui vient au septième rang parmi les maternités au point de vue du nombre de lits, occupe le troisième par le nombre des accouchements qui s'y fait par année.

Malheureusement, la maternité de Lariboisière est insuffisante pour faire face aux besoins de sa clientèle fournie par les quartiers de Paris et les communes de la banlieue les plus peuplées, et où le nombre de nécessiteux est le plus grand. Aussi son fonctionnement est-il vicié par un encombrement

constant et excessif. Là est le grand défaut d'organisation de ce service.

L'encombrement est le fléau des maternités. La promiscuité des femmes qui s'accumulent dans les salles est dangereux au point de vue du maintien de l'état physiologique dans les suites de couches. La réduction dans la quantité de mètres cubes d'air nécessaire à chaque lit et à chaque berceau ; les risques de transmission par contact de germes pathogènes qui, anodins chez une femme qui en est porteur, deviennent virulents en envahissant une femme trop voisine ; la fatigue, par surmenage, du personnel soignant, qui expose à certaines omissions dans l'observation des règles de l'asepsie et dans la pratique de l'antisepsie, l'impossibilité d'effectuer un nettoyage minutieux des tables et des montures de lits, en raison de l'occupation constante des lits, sans intervalle entre le passage des accouchées, sont les principaux éléments de risques pour les femmes.

L'expérience démontre, d'ailleurs, qu'à la suite des ictus d'encombrement intense et prolongé, rien n'est plus commun que de voir se déclarer, en séries de faits cliniques, des poussées d'infection puerpérale. De ce que, d'après ce que nous avons observé, ces crises de mauvais état sanitaire général ne se traduisent, à l'ordinaire, que par des manifestations infectieuses transitoires et bénignes (lymphangites mammaires fugaces, poussées fébriles avec fermentation lochiale), il n'en demeure pas moins qu'un ser-

vice d'accouchement encombré vit sous la menace constante d'accidents infectieux toujours susceptibles d'affecter une forme grave. Il semble qu'en un milieu ainsi vicié la virulence bactérienne s'exaspère. C'est ainsi qu'avec un mode uniforme de traitement, nous voyons le chiffre de la mortalité liée à l'infection puerpérale s'élever en cas d'encombrement.

Il faut reconnaître que la défense sanitaire du milieu obstétrical doit compter comme le premier objectif d'un chef de service : toute femme qui entre saine dans une maternité doit y demeurer saine ; ce n'est pas le moindre des éléments de travail pour l'accoucheur que d'arriver à remplir ce devoir ; trop souvent, il demeure désarmé en présence d'un encombrement excessif, faute du concours de l'administration (1).

A ne consulter que les chiffres indiqués par les statistiques relevées par l'assistance publique, l'encombrement moyen paraît bien inférieur à ce qu'il est en réalité. Ces chiffres, en effet, ne portent que sur les femmes définitivement admises. Ils diffèrent de ceux que l'accoucheur relève au moment de sa visite du matin. Ainsi, la parturiente admise la veille, dans la soirée ou dans la nuit, ne figure sur le relevé admi-

1. Puisque certaines maternités se plaignent parfois de la pénurie de la parturiente, l'assistance publique ne pourrait-elle pas établir un bureau central de répartition qui permettrait de répartir parmi ces services les femmes qui se présenteraient en surnombre dans les autres maternités.

nistratif que le jour suivant à partir de midi. La femme qui doit partir dans la journée et qui conserve son lit au moment de la visite, ne figure plus, ce jour-là, sur le relevé. Pour un total de dix journées d'hospitalisation administrative, la femme reçoit donc douze fois la visite médicale du matin et compte naturellement pour douze présences journalières.

Le calcul du nombre moyen de femmes couchées, pris par le chef du service chaque jour, indique à Lariboisière, pour l'année 1909, un excédent de 4,5 par jour en sus du nombre de lits budgétaires. Si le règlement de prophylaxie sanitaire était appliqué, qui prescrit le maintien de 3 lits vacants dans chaque maternité, ce n'est plus un excédent de 4,5 mais bien un surnombre de 7,5 qui représente l'excès d'encombrement de ce service.

Le nombre total des lits est de 64, savoir : 52 lits d'accouchées ; 6 lits pour l'infirmerie, réservée aux femmes malades ou en imminence de dystocie ; 6 lits pour le service de l'isolement.

L'affluence des parturientes a été particulièrement considérable pendant une partie de l'année 1909, au moment où une maternité voisine avait fermé ses portes pour cause de réparations. Le mouvement du service interne a comporté 2.294 admissions, toutes, sauf une, ayant trait à des femmes en état de puerpéralité: grossesses, travail, où suites de couches immédiates.

Voici quelques chiffres qui suffisent à donner une idée de la suractivité de ce service dont la surcharge

fonctionnelle est si préjudiciable au point de vue des conditions de la salubrité générale.

En défalquant une période de six semaines pendant laquelle les admissions ont été suspendues pour réparation du service, on compte que la moyenne des femmes présentes, par jour, a été de 68,8, soit selon un excédent de 4,8. Ce chiffre en réalité s'élève à 7,8 puisque, régulièrement, chaque maternité doit en tout temps conserver 3 lits vacants pour faire face à des affluences inopinées de parturientes.

L'encombrement a atteint, par moment, un chiffre excessif ; ainsi :

Pendant 18 jours, il y eut 11 malades en trop

—	13	—	12	—
—	11	—	13	—
—	9	—	14	—
—	8	—	15	—
—	3	—	19	—
—	3	—	20	—
—	2	—	21	—

Le 5 septembre, le service contenait 91 femmes puerpérales pour ses 64 lits.

Cependant la maternité se décharge en partie sur le service externe qui lui est annexé, service des sages-femmes agréées. Celles-ci sont au nombre de 11, dont 3 ressortissent à l'ancienne circonscription de Bichat ; elles disposent de 33 lits pour le service régulier et de 24 pour le service supplé-

mentaire. Elles ont reçu dans l'année 1644 femmes : 14 d'entre elles ont dû être ramenées à l'hôpital pour accidents infectieux importants ; 11 en raison de la débilité de l'enfant ; 1 est morte de fièvre puerpérale.

Les parturientes sont envoyées à ce service externe, pendant le jour, suivant les besoins du service, par l'aide sage-femme de garde, à condition, bien entendu, qu'il soit au préalable constaté que l'accouchement s'annonce comme devant être physiologique. Ce service externe de sages-femmes agréées est sous la surveillance du chef de service de la maternité qui y fait sa visite régulière.

II. — FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Dès qu'elle se présente à la maternité, la parturiente, pour être admise, est l'objet d'un examen obstétrical complet de la part de la sage-femme de garde : elle est baignée, ou reçoit tout au moins un large nettoyage, pour peu que l'accouchement soit imminent. L'exploration interne n'est pratiquée qu'avec des précautions minutieuses : la main est revêtue d'un gant de caoutchouc aseptique. La constatation de l'état du col utérin, au point de vue de l'évolution du travail ; l'examen digital de la présentation et de la position fœtale ; la recherche de l'état d'intégrité ou de rupture des membranes de l'œuf ; l'étude des particularités anormales pouvant exister sur les

parois du canal de parturition ; la pelvimétrie de la pelvigraphie interne ne se pratiquent qu'avec concomitance d'une large irrigation antiseptique du vagin.

Le toucher vaginal n'est réitéré que sur indications spéciales telles que : prolongation de la période de dilatation ; retard dans l'engagement ; troubles menaçant la vie du fœtus et qui amènent à rechercher, par exemple, une procidence du cordon éventuelle.

La salle de travail est vaste et bien éclairée ; elle contient 5 lits ; une petite salle d'opération, qui sert en même temps à l'isolement des éclamptiques, lui est adjacente. Un vestibule, largement aéré, sert de dépôt aux réserves de pansements, au matériel nécessaire pour les toilettes, avec boîtes d'instruments, toujours stérilisés à l'avance. Dans cette annexe, se trouvent également l'étuve sèche, l'autoclave, la bouilloire.

Les femmes, deux heures après leur accouchement, et quand elle ne réclament pas une surveillance spéciale, sont transportées dans les dortoirs des suites de couches ; celles qui n'ont pas d'enfant sont placées dans une salle à part ; les prématurés, débilés, sont transportés dans la pièce réservée aux couveuses et les mères sont, autant que possible, couchées dans les lits les plus voisins de cette chambre.

Les salles, hautes et bien aérées, donnent toutes par de larges fenêtres sur deux jardins qui entourent le bâtiment. Il est malheureusement à regretter, en

raison de la situation de l'hôpital en un quartier hérissé de cheminées d'usines, que les fumées de charbon pénètrent trop largement en même temps que l'air et le soleil par les fenêtres ouvertes. Non moins préjudiciable au repos des mères, est le voisinage trop immédiat (à moins de 100 mètres) du chemin de fer métropolitain qui roule à grand fracas, à hauteur d'étage, sur un viaduc métallique. Toutes les salles, tant au rez-de-chaussée qu'au premier, sont pavées de grès cérame, dallage qui permet d'en faire, chaque jour, le nettoyage antiseptique au linge mouillé.

Récemment, l'administration de l'assistance publique a eu l'idée généreuse et salubre d'égayer ces salles, qui ne doivent contenir que des femmes en état physiologique, en les ornant de plantes vertes : une innovation heureuse, si nous en jugeons par l'observation d'une année entière, innovation empruntée d'ailleurs à l'étranger où elle a fait ses preuves, a consisté à remplacer la peinture des murs par l'application d'un papier spécial résistant et supportant le lavage sans s'altérer. Une frise dont les motifs sont empruntés à la collection des Bambini de Della Robbia, à Florence, donne distraction et gaieté aux yeux.

III. — FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS

La consultation, très active, adjointe au service, est réservée quatre fois par semaine à l'examen des femmes enceintes. La consultation des femmes enceintes est un élément capital pour toutes les maternités. La majeure partie de sa clientèle est heureusement fournie par des femmes valides qui viennent soit s'enquérir sur l'existence de leur grossesse au début, soit s'informer de la date probable de leur accouchement, soit simplement s'assurer que tout est en ordre du côté de leur grossesse : ici quelques conseils d'hygiène suffisent. D'autres s'y adressent parce qu'elles se sentent malades, ou parce qu'elles ont quelque raison de redouter une dystocie éventuelle. Celles-là sont admises dans une infirmerie de 6 lits. Il est à regretter que cet important service ne soit pas muni d'un ouvroir pour hospitaliser au repos, pendant les derniers temps d'une grossesse normale, les femmes hors d'état de travailler.

Deux jours par semaine, la consultation est réservée à la gynécologie obstétricale, elle est ouverte pour permettre de contrôler la bonne évolution de l'involution utérine au delà de la trop courte période du repos puerpéral, et pour régler l'hygiène ou pour instituer le traitement simple des troubles génitaux que la femme peut suivre chez elle ; elle est égale-

ment fréquentée par des malades hors puerpéralité. En aucun cas ces malades ne sont hospitalisées à la maternité.

Le dimanche matin enfin est consacré à la consultation de nourrissons. D'abord réservée à la surveillance des enfants allaités par leur mère et nés dans le service, celle-ci a pris une grande extension. Il n'y est pas fait de distribution de lait.

IV. — ORGANISATION DU SERVICE D'ISOLEMENT

Le service d'isolement a été jusqu'à ce jour installé dans des conditions déplorables, tant au point de vue du traitement de l'infection puerpérale, que de la séparation des femmes infectées : il ne comprend ni salle d'opération, ni appareils pour la stérilisation de l'eau ou des instruments. Il se compose de 4 chambres dont 2 à 2 lits. Il est rare que ce service de 6 lits ne soit pas occupé par un nombre double de malades. Suffisant pour les besoins de la maternité, il est surtout envahi par des infectées puerpérales récentes amenées du dehors. Il va être incessamment installé dans des locaux mieux aménagés et plus vastes. Ceux-ci, toutefois, offriront le capital inconvénient d'être insuffisamment ensoleillés. Il ne s'agit là, d'ailleurs, que d'une disposition transitoire : d'importantes modifications dans l'ensemble des services de cette maternité sont

projetées, qui doivent être effectuées sur les fonds que doit mettre prochainement la ville à la disposition de l'assistance publique pour compléter la réfection de divers hôpitaux.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE STATISTIQUE

Le nombre total des femmes qui ont été admises dans le service interne de la maternité de Lariboisière a été de 2.294 pour l'année 1909, ce chiffre n'a pas exclusivement trait à des parturientes ; les femmes admises dans ce service ressortissent en effet aux catégories suivantes :

1° Malades admises pour une affection liée ou propre à la grossesse ;

2° Femmes reçues temporairement pour menaces d'interruption prématurée de la grossesse, certaines comptent pour plusieurs admissions successives sur le chiffre total ;

3° Femmes hospitalisées en vue d'un examen minutieux impraticable à la consultation ;

4° Femmes amenées accouchées du dehors, soit bien portantes, soit atteintes de fièvre puerpérale ;

5° Viennent ensuite les parturientes en état d'avortement ou en travail d'accouchement.

Cette dernière catégorie à l'étude de laquelle nous nous attacherons particulièrement, a compté, en 1909, pour 1.987 admissions à l'hôpital même. 1.644 parturientes normales ont été traitées dans le service externe.

ACCOUCHEMENT

L'ensemble des femmes accouchées à terme ou prématurément (y compris 25 accouchements gémellaires) se répartit ainsi au point de vue de la présentation foetale :

1.368 présentations du sommet ;

60 présentations du siège ;

8 présentations de la face ;

1 présentation du front ;

15 présentations du tronc.

Nous exposerons successivement la nomenclature de ces diverses variétés de présentation.

I. — PRÉSENTATION DU SOMMET. — ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

Nous distinguerons les femmes ressortissant à cette catégorie selon que le bassin était normalement ou vicieusement conformé.

a) *Bassin normal*. — Ces femmes sont au nombre de 1.319, comprenant : 538 primipares et 781 multipares.

Primipares. — Chez les 538 primipares accouchées spon-

tanément, les présentations du sommet sont réparties, comme il suit :

360 en O.I.G.A.

94 en O.I.D.P.

4 en O.I.G.P.

3 en O.I.D.A.

enfin 77 positions n'ayant pu être déterminées chez des femmes, les unes accouchées au dehors, les autres examinées après rotation faite de la présentation du sommet.

Multipares. — Pour les 781 multipares, on relève les variétés suivantes :

514 en O.I.G.A.

162 en O.I.D.P.

13 en O.I.G.P.

2 en O.I.D.A.

90 en position n'ayant pu être déterminée.

Enfants. — Les 1.319 femmes, dont il vient d'être parlé, ont donné naissance à 1.265 enfants vivants et à 40 enfants mort-nés, non compris les fœtus macérés qui étaient au nombre de 34.

Mille cent quarante-trois de ces enfants sortirent vivants du service. La mortalité fœtale pour les présentations du sommet dans l'accouchement spontané fut de 20 pour 1.319, soit de 1,51 o/o.

Ces enfants se répartissent ainsi suivant leur poids :

		Primipares	Multipares
Enfants pesant moins de 1.500 grammes		22	28
Enfants pesant de 1.500 à 2.000	—	37	35
— de 2.000 à 2.500	—	75	73
— de 2.500 à 3.000	—	171	175
— de 3.000 à 3.500	—	169	278
— de 3.500 à 4.000	—	50	164
— de 4.000 à 4.500	—	2	24
— de 4.500 à 5.000	—	0	4

b) *Bassin vicié*. — 26 viciations pelviennes ont été relevées chez les femmes ayant accouché spontanément d'enfants se présentant par le sommet. Il est vraisemblable que le nombre de viciations du bassin a été supérieur à ce chiffre ; la restriction systématique dans la pratique du toucher vaginal, surtout après l'accouchement, a sans doute exposé à la méconnaissance d'un certain nombre de faits de cette nature, spécialement chez les femmes reçues en travail, avec engagement de la tête fœtale effectué.

Sur ces 26 femmes, 10 étaient primipares :

N° 311. — Bassin généralement rétréci. Grossesse de neuf mois. O. I. G. A.

Enfant de 2.600 grammes, mort le seizième jour.

N° 490. — Bassin coxalgique. Grossesse de neuf mois. O. I. D. P.

N° 1122. — Promontoire accessible. Grossesse de neuf mois. O. I. G. A.

N° 1444. — Bassin vicié. Grossesse de neuf mois, O. I. G. A.

N° 1490. — Promontoire accessible. Grossesse de neuf mois. O. I. G. A.

N° 1517. — Bassin aplati. P. S. P. = 9,7. Grossesse de huit mois et demi. O. I. G. A.

N° 1604. — Bassin généralement rétréci. P. S. P. = 9,6. Grossesse de neuf mois. O. I. G. A.

N° 1606. — Bassin aplati, atrophié à gauche. Promontoire accessible, non dévié. Femme ayant eu une hémiplegie spasmodique de l'enfance. Grossesse de huit mois et demi. O. I. G. A.

N° 1720. — Bassin légèrement aplati. Grossesse de neuf mois. O. I. D. P.

N° 1817. — Cyphose lombaire. Mal de Pott. Bi-ischiatique = 8 à 8,5 déduction faite. Grossesse de neuf mois O. I. D. P.

Toutes ces femmes, sauf la première, n° 311, accouchèrent d'enfants vivants et bien portants.

Les 16 multipares sont les suivantes :

N° 123. — III-P. Promontoire accessible. Grossesse de neuf mois en O. I. G. A.

N° 171. — II-P. Sacrum très accessible. Grossesse de huit mois et demi en O. I. G. A.

N° 643. — III-P. Bassin généralement rétréci. Grossesse de huit mois en O. I. G. A.

N° 753. — II-P. Bassin rachitique. Promontoire accessible. Grossesse de neuf mois en O. I. G. A.

N° 757. — II-P. Bassin coxalgique (coxalgie gauche). Grossesse de neuf mois en O. I. D. P.

N° 834. — II-P. Bassin coxalgique (coxalgie droite). Grossesse de neuf mois en O. I. D. P.

N° 914. — III-P. Bassin type masculin. Promontoire accessible. Grossesse de sept mois et demi en O. I. G. A.

N° 1123. — VI-P. Luxation congénitale hanche gauche. Grossesse de neuf mois en O. I. G. A.

N° 1331. — II-P. Bassin aplati. Promontoire accessible. Grossesse de neuf mois en O. I. D. P.

N° 1584. — II-P. Bassin généralement rétréci. P. S. P. = 9,7. Grossesse de huit mois et demi en O. I. G. A.

N° 1605. — II-P. Promontoire accessible. Grossesse de neuf mois en O. I. G. A.

N° 1811. — II-P. Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible. Grossesse de huit mois et demi en O. I. G. A.

N° 1813. — VIII-P. — Bassin aplati. Promontoire accessible. Grossesse de neuf mois en O. I. D. P.

N° 1864. — II-P. Promontoire accessible. Grossesse de neuf mois en O. I. D. P.

N° 1898. — III-P. Bassin aplati (scoliose, rachitisme). Grossesse de neuf mois en O. I. D. P.

N° 1924. — II-P. Bassin de forme ogivale. P. S. P. = 10,1. Grossesse de neuf mois en O. I. D. P.

Toutes ces femmes accouchèrent d'enfants vivants et bien portants.

II. — PRÉSENTATIONS DE LA FACE ET DU FRONT

On eut à observer pendant l'année 8 présentations de la face : 4 se trouvaient être chez des primipares, et 4 chez des multipares.

Deux d'entre ces femmes, l'une primipare, l'autre multipare avaient un promontoire accessible, aucune viciation pelvienne ne fut remarquée chez les 6 autres femmes.

Les présentations se répartirent comme il suit :

Parmi les primipares :

2 M. I. G. A.

2 M. I. D. P.

Parmi les multipares :

2 M. I. G. A.

1 M. I. G. T.

1 M. I. D. P.

Aucune intervention obstétricale ne fut appliquée pour ces 8 cas ; l'accouchement se termina chaque fois spontanément ; 7 des enfants étaient vivants, le dernier était mort avant l'arrivée de la femme à la maternité.

La mortalité maternelle est nulle ; et la mortalité fœtale est de 1/8 soit 12,25 0/0.

On relève aussi une présentation du front en M. I. G. A. chez une primipare à bassin normal ayant accouché spontanément d'un enfant vivant mais débile.

III. — PRÉSENTATION DU SIÈGE

Le total des présentations du siège s'élève à 60 : 31 chez des primipares ; 29 chez des multipares (dont 14 secondipares). Cinq de ces femmes offraient une malformation pelvienne.

Les variétés de la présentation du siège se répartissent ainsi :

30 sièges décomplétés mode des fesses ;

20 sièges complets ;

10 sièges dont la variété n'a pas été spécifiée.

Il s'agissait dans ces cas de fœtus abortifs (7 sur 10).

Quant aux positions, nous comptons :

38 S. I. G. A.

11 S. I. D. P.

6 S. I. D. A.

Dans 5 cas, la position n'a pas été déterminée.

Quatre fois on constata une procidence du cordon (3 des enfants moururent : 2 en ville avant l'arrivée de la mère, 1 pendant l'extraction).

Cinq fois on pratiqua l'abaissement prophylactique d'un pied.

Trois fois il y eut une déchirure du périnée.

Enfin 2 cas donnèrent lieu à des interventions plus complexes :

PREMIER CAS. — N° 206. II-Pare. — Bassin vicié. Utérus double. Siège complet en S. I. D. P. On eut recours à la perforation de la tête derrière sur l'enfant mort au cours de l'extraction.

DEUXIÈME CAS. — N° 917. II-Pare. — Bassin normal. Siège complet en S. I. G. A. Liquide teinté. Col rigide. Dilatation au dilatateur de Bossi jusqu'à 6 centimètres pour permettre l'abaissement prophylactique d'un pied. Accouchement aban-

donné à lui-même jusqu'à l'extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant est ranimé, mais meurt deux heures après sa naissance.

On ne constate aucun décès maternel et toutes les femmes sortirent en état physiologique.

Au contraire, 13 enfants sont morts : 6 sont nés morts ; 4 avant l'extraction dont 2 morts avant l'arrivée de la femme à l'hôpital et 2 morts pendant l'extraction.

Sept autres étaient très débiles et moururent dans les premières heures ou les premiers jours qui suivirent leur naissance.

En résumé, la mortalité maternelle est nulle ; la mortalité foetale pendant le travail est de 6 pour 60 c'est-à-dire 10 o/o.

IV. — PRÉSENTATION DU TRONC

Quinze femmes ont été admises, en travail, avec présentation du tronc : 3 étaient primipares, 10 étaient multipares et 2 de parité inconnue (étrangères).

L'une d'entre elles avait un utérus bicorné ; 2 avaient des bassins viciés.

Quant aux variétés, on relève :

6 présentations de l'épaule droite : 2 dorso-antérieures, 4 dorso-postérieures ;

2 présentations de l'épaule gauche : 1 dorso-antérieure, 1 dorso-postérieure ;

6 présentations de variété non indiquée sur le registre.

L'accouchement s'effectua :

- 7 fois par version podalique par manœuvres internes ;
- 3 fois par version bipolaire de (Braxton-Hicks) ;
- 1 fois par version par manœuvres externes ;
- 2 fois par embryotomie sur enfants morts ;
- 1 fois par version forcée, par éviscération sur un enfant mort.

On constate une fois l'évolution spontanée, il s'agissait d'un fœtus macéré de 1.540 grammes qui fut expulsé *conduplicato corpore*.

La mortalité maternelle est nulle.

La mortalité fœtale s'élève au nombre de 8 dont 2 macérés et 1 mort avant l'arrivée de la mère à l'hôpital, 1 mort pendant l'extraction, 3 morts pendant le travail et 1 débile mort le douzième jour. Ceci porte donc à 5 le chiffre des enfants morts du fait de la présentation du tronc, soit une proportion de 33,33 o/o.

V. — GROSSESSES GÉMELAIRES

Vingt-cinq femmes sont entrées à la maternité pour accoucher de 2 jumeaux : 6 étaient primipares ; 19 étaient multipares.

a) *Primipares*. — Parmi les 6 primipares on distingue :

- 4 accouchements à terme ;
- 1 accouchement à sept mois et demi ;
- 1 accouchement à sept mois.

Une de ces primipares était une éclamptique chez laquelle on pratiqua l'accouchement forcé pour extraire par version podalique 2 enfants vivants.

Ces 6 grossesses étaient bivitellines.

Chez 5 de ces femmes, les 2 enfants se sont présentés successivement par le sommet ;

Chez la sixième, le premier enfant s'est présenté par le sommet également, mais le deuxième par le siège.

L'accouchement se fit normalement chaque fois. L'état des mères pendant les suites de couches fut très bon.

Parmi les enfants :

3 pesaient plus de 3.000 grammes

1 pesait plus de 2.500 —

4 pesaient plus de 2.000 —

4 pesaient plus de 1.500 —

Trois fois les enfants étaient de même sexe : 1 fois de sexe masculin, 2 fois de sexe féminin ; 3 fois ils étaient de sexe différent ; 2 d'entre eux, débiles, sont morts quelques heures après leur naissance ; un troisième, à terme cependant, est mort subitement le neuvième jour.

b) *Multipares*. — Parmi les 19 multipares ; 7 étaient à terme ; 6 à huit mois ou huit mois et demi ; 4 à sept mois et demi ; 2 à six mois et demi.

10 de ces grossesses étaient bivitellines,

3 — univitellines

6 — de nature inconnue

(accouchées en ville, etc.)

Les fœtus se présentèrent :

8 fois tous deux par le sommet.

2 fois le premier par le sommet, le deuxième par le siège.

2 fois tous deux par le siège.

3 fois le premier par le siège, le deuxième par le sommet.

1 fois enfin (n° 1336), le premier fœtus, qui s'était présenté par le sommet fut suivi d'un *fœtus compressus* de 200 gr.

Pour toutes ces femmes, l'accouchement se fit normalement ; mais l'une d'elles (n° 458), atteinte d'anémie pernicieuse et déjà en état grave à son arrivée, mourut le neuvième jour après son accouchement.

3 des enfants pesaient de 3.000 à 3.500 gr.

13 — de 2.500 à 3.000 gr.

10 — de 2.000 à 2.500 gr.

9 — de 1.500 à 2.000 gr.

2 — moins de 1.500 gr.

1 autre enfant né et mort en ville n'a pas été apporté à la maternité.

Huit fois les enfants étaient de même sexe dont 4 fois de sexe masculin et 4 fois de sexe féminin.

La mortalité maternelle est nulle.

Un seul enfant était mort-né ; mais 14 enfants succombèrent avant leur sortie : 8, débiles, moururent quelques heures après leur naissance ; 2 autres moururent de troubles gastro-intestinaux le dixième jour ; 4 de broncho-pneumonie quelques jours après leur naissance.

La mortalité, pendant le travail, pour l'ensemble des jumeaux, fut de 1 sur 50, soit une proportion de 2 0/0.

VI. — AVORTEMENT

Les avortements comptent pour 372 admissions sur le total de 1.987 femmes admises à la maternité de Lariboisière. Ce chiffre qui comporte près du 1/5 du nombre total, ne représente pas le rapport réel du nombre des avortements à celui des accouchements. Il convient de remarquer en effet que bon nombre des femmes en état d'avortement sont admises dans les services de médecine et de chirurgie. Une seule salle de l'un de ces derniers services reçoit environ 300 femmes en état d'avortement par an.

Parmi ces 372 femmes on compte :

124 primipares et 248 multipares ;

4 de ces avortements étaient gémellaires ;

53 femmes furent admises après délivrance complète ;

104 n'entrèrent à l'hôpital qu'une fois le premier temps effectué.

Dans 145 cas il y eut à intervenir savoir :

107 cas où l'extraction partielle ou totale de l'œuf ou du placenta fut pratiquée à l'aide de la pince à délivrance particulièrement usitée dans ce service.

38 cas où l'extraction digitale fut suffisante.

Dans 4 cas seulement, on eut à pratiquer le curettage chirurgical :

Dans une trentaine de cas il fut nécessaire de réitérer des manœuvres de pansement utérin pour infection puerpérale post-abortive.

5 fois on eut recours à l'avortement provoqué dans un but thérapeutique :

PREMIER CAS. — N° 563, III-Pare. — Grossesse de quatre mois et demi. Endométrite hémorragique grave. Tamponnement glycérimé du col utérin puis application du ballon Tarnier. Dilatation terminée à l'aide du dilateur de Bossi. Extraction à la pince à délivrance d'un fœtus mort de quatre mois et demi. Exérèse d'un placenta fétide. Attouchement iodé. Tamponnement à la gaze stérilisée. Injection d'ergotine. Guérison.

DEUXIÈME CAS. — N° 706, II-Pare. — Grossesse de trois mois. Laryngite bacillaire au début. Avortement provoqué à l'aide d'un ballon intra-utérin.

L'état génital de la mère à la sortie est bon.

TROISIÈME CAS. — N° 741, II-Pare. — Grossesse de deux mois. Endométrite hémorragique grave. Application d'un ballon Tarnier qui provoque l'expulsion spontanée du fœtus. Etat de la mère à la sortie, bon.

QUATRIÈME CAS. — N° 1043, IV-Pare. — Grossesse de trois mois. Endométrite hémorragique grave. Application d'un ballon intra-utérin.

Délivrance complète à la pince.

Etat de la mère à sa sortie, bon.

CINQUIÈME CAS. — N° 1260, III-Pare. — Grossesse de cinq mois. Endométrite hémorragique grave. Femme en état fébrile à l'arrivée. On pratique un tamponnement cervical à la gaze iodoformée. Curage utérin le quatrième jour.

Etat de la mère : température oscillant de 38 à 40 degrés depuis l'arrivée. Mort le quinzième jour.

Au total, 7 femmes moururent à la suite de leur avortement, y compris le cas précédent.

N° 180. — Albuminurique, morte subitement le troisième jour. L'autopsie ne révéla aucune lésion.

N° 372. — Septicémie aiguë contractée en ville. Mort quarante-huit heures après l'entrée.

N° 511. — Avortement criminel avoué. Infection. Mort le cinquième jour.

N° 775. — Avortement criminel avoué. Intoxication. Mort quarante-huit heures après l'entrée.

N° 1025. — Infection à l'arrivée. Mort le douzième jour.

N° 1526. — Infection généralisée à l'arrivée. Mort le huitième jour.

On voit ainsi que la mortalité liée à l'avortement sans distinction étiologique s'est élevée à 7 pour 372 soit 1,9 0/0.

TROISIÈME PARTIE

OPÉRATIONS

CHAPITRE PREMIER

I. — APPLICATION DE FORCEPS

Cinquante applications de forceps ont été pratiquées dont 36 sur des primipares et 13 chez des multipares, 1 sur une étrangère dont on ne put obtenir aucun renseignement sur son passé. Toutes furent faites sur présentation du sommet :

18 en O. I. G. A.

5 en O. I. G. T.

17 en O. I. D. P.

3 en O. I. G. P.

7 en O. P.

19 femmes dont 12 primipares et 7 multipares avaient des bassins viciés.

8 applications (dont 7 pour des bassins viciés) furent pratiquées au détroit supérieur.

24 dans l'excavation.

11 au détroit inférieur.

7 à la vulve.

Comme indications des applications, on relève :

- 4 fois modifications des bruits du cœur fœtal.
 - 16 fois inertie utérine ou résistance des parties molles, travail lent.
 - 19 fois bassins viciés.
 - 2 fois placenta prævia hémorragique.
 - 3 fois accidents gravido-cardiaques.
 - 1 fois diaphragme vaginal après incision de ce dernier.
 - 2 fois éclampsie.
 - 1 fois obésité, œdème du col et physométrie.
 - 1 fois hémorragie de la délivrance.
 - 1 fois défaut de flexion de la tête fœtale.
-

Bassin normal

Applications de Forceps - Présentation du sommet.

N ^o	Parité	Variété & position	Lieu d'application	Indication	Etat de la mère	Etat du fœtus
272	Primipare	O.I.D.P.	excavation	Inertie utérine	bon	bon
340		O.I.G.T.	id.	Lenteur du travail	bon	bon
349		O.I.G.A.	id.	Résistance des parties molles	bon	bon
384		O.I.D.P.	id.	id.	bon	bon
504		O.I.G.A.	Détroit inférieur	id.	bon	bon
519		O.I.D.P.	excavation	Déjànt de flexion de la tête	bon	bon
524		O.I.G.T.	id.	Hémorragie de la délivrance	bon	mort s ^g
679		O.I.G.A.	Détroit inférieur	Eclampsie	bon	bon
713		O.I.D.P.	Excavation	Bruits du cœur ralentis	bon	mort né
846		O.P.	à la vulve	Inertie utérine	bon	bon
850		O.I.G.A.	Détroit inférieur	id.	bon	bon
939		O.I.G.A.	Excavation	Bruits du cœur modifiés	bon	bon
980		O.I.D.P.	id.	Inertie utérine	bon	bon
996		O.I.G.A.	Détroit inférieur	id.	bon	bon
1243		O.I.G.A.	id.	Résistance des parties molles	bon	bon
1271		O.P.	à la vulve	Inertie utérine	bon	bon
1508		O.I.D.P.	Détroit inférieur	Eclampsie	mort s ^g	bon
1659		O.I.G.T.	Excavation	Bruits du cœur ralentis	bon	bon
1697		O.P.	à la vulve	cardiopathie	bon	bon
1713	Primipare	O.I.G.A.	Excavation	Diaphragme vaginal incisé	bon	bon
1724		O.I.D.P.	id.	Lenteur du travail	bon	mort né
1745		O.P.	à la vulve	Inertie utérine	bon	bon
1807		O.P.	id.	id.	bon	stérile
1886		O.I.D.P.	Détroit supérieur	Obésité	bon	mort
1753		O.I.G.A.	Excavation	Placenta prævia hémorragique	bon	bon
263		O.I.D.P.	Détroit inférieur	Inertie utérine	bon	bon
267		O.I.G.A.	Excavation	Affection cardiaque	bon	bon
624	III	O.I.D.P.	id.	Placenta prævia hémorragique	bon	mort s ^g
1208	IV	O.P.	à la vulve	Inertie utérine	bon	bon
1445	III	O.I.D.P.	Excavation	Bruits du cœur modifiés	bon	bon
1623	IX	O.I.G.A.	Excavation	Affection cardiaque	bon	bon

Applications de Forceps - (Viciations pelviennes.)

n ^o	Parité	Variété Position	Lieu d'application	Etat du bassin	Etat de la mère	Etat de l'enfant
92	I	O.I.D.P.	Détroit supérieur	Promontoire accessible	bon	bon
145	I	O.I.G.A.	Excavation	id.	bon	bon
244	I	O.I.G.P.	id.	Bassin généralement petit	bon	mort
270	I	O.I.G.A.	id.	Promontoire accessible	bon	bon
407	III	O.I.G.T.	id.	B. généralement petit	bon	bon
623	V	O.P.	Détroit inférieur	B. sensiblement normal Excavation gauche à 3 ans	bon	bon
692	VII	O.I.G.T.	Détroit supérieur	Bassin plat	bon	bon
897	I	O.I.G.A.	Détroit inférieur	Bassin vicié	bon	bon
965	I	O.I.G.A.	id.	Bassin cyphotique	bon	bon
1045	I	O.I.G.T.	Détroit supérieur	B. aplati généralement rétréci	morte 6 jours	bon
1192	III	O.I.G.A.	Détroit inférieur	Saillie des épines sciatiques	bon	bon
1368	I	O.I.D.P.	Détroit supérieur	Promontoire accessible	morte	Hystérotomie
1430	I	O.I.G.T.	Excavation	B. aplati. P. S. P. = 10,8	bon	bon
1524	I	O.I.D.P.	Détroit supérieur	Bassin rachitique	bon	mort
1586	V	O.I.G.A.	id.	P. S. P. = 8	bon	bon
1669	IV	O.I.G.T.	Excavation	Promontoire accessible	bon	bon
1761	I	O.P.	à la vulve	B. généralement petit	bon	bon
1773	I	O.I.G.A.	excavation	id.	bon	bon
1983	II	O.I.D.P.	Détroit supérieur	id.	bon	bon

La mortalité totale fut de 3 mères et 6 enfants :

La première des mères mourut le sixième jour à la suite d'un accouchement provoqué pour bassin aplati et généralement rétréci, terminé par une application de forceps au détroit supérieur.

La seconde mourut brusquement sous chloroforme au cours de l'application des forceps au détroit supérieur.

La troisième, éclamptique, mourut le troisième jour.

Parmi les enfants :

Un était mort avant l'arrivée.

Un autre était mort pendant le travail de dilatation chez une femme dont l'obésité rendait l'auscultation presque impossible.

Un troisième mourut vingt-quatre heures après la naissance ; la mère avait eu une hémorragie en ville par suite d'un placenta prævia.

Un autre mourut le troisième jour après application de forceps à détroit supérieur.

Un mort-né avait une hémorragie méningée : sommet mal fléchi en D. P. chez une primipare de vingt-huit ans. Dilatation bimanuelle pour lenteur de travail et application de forceps dans l'excavation.

Un autre était né mort à la suite d'une application de forceps pour ralentissement des bruits du cœur.

Quatre enfants présentaient une légère paralysie faciale dont l'une persistait encore au départ.

Enfin un enfant, n° 1586, extrait par une application de forceps au détroit supérieur dans un bassin plat de 9,5 à

9,8, présentait un enfoncement au niveau du pariétal gauche.

M. Bonnaire en pratiqua aussitôt la réduction instrumentale après incision des téguments. L'enfant sortit guéri le douzième jour.

En résumé, la mortalité maternelle dans les applications de forceps a été de 3 pour 50, soit de 6 o/o.

La mortalité fœtale a été de 6 sur 50, soit de 12 o/o.

Mais il y aurait lieu de retrancher du chiffre de la mortalité maternelle la femme morte d'éclampsie, ce qui porte la proportion réelle à 4 o/o pour la mortalité maternelle due à l'intervention elle-même.

Quant aux enfants trois seulement paraissent être morts du fait de l'application de forceps elle-même, soit une proportion de 6 o/o.

II. — VERSION

Trente versions furent pratiquées dans le service dont 6 chez des primipares et 24 chez des multipares.

Dix-huit de ces femmes, dont une gémellaire, avaient des bassins normaux ; onze avaient des bassins viciés et l'une des premières (n° 1631), à bassin normal, avait un utérus bicorné.

Dix-neuf des enfants se présentaient par le sommet.

Onze des enfants se présentaient par l'épaule dont le n° 1631.

Versions (Présentations céphaliques)

N ^{os}	Préti	Battre	spéc. de version employée	État mère	État enfant
48	I	B. normal	gr. gineclaire, célaupique		
288	VII	B. aplati P.S.P. = 10,8	Procidence du cordon	bon	bon
289	XI	B. normal	Procidence du cordon	bon	bon
264	VII	B. gineclaire et aplati P.S.P. = 10,7	Procidence du cordon	bon	bon
316	XIII	B. aplati P.S.P. = 11,3	Procidence du cordon	bon	bon
366	XII	B. normal	Procidence du cordon	bon	bon
371	III	B. normal	Procidence du cordon	bon	bon
616	IX	B. normal	Procidence du cordon	bon	bon
701	II	B. normal	Procidence du cordon	bon	bon
966	II	B. normal	Procidence du cordon	bon	bon
1228	II	B. normale accessible	Procidence du cordon	bon	bon
1486	I	B. aplati P.S.P. = 10,1	Procidence du cordon	bon	bon
1486	VII	B. normal	Procidence du cordon	bon	bon
1828	XI	B. normal	Procidence du cordon	bon	bon
1628	I	B. aplati P.S.P. = 9,8	Procidence du cordon	bon	bon
1818	II	B. normale accessible	Procidence du cordon	bon	bon
1848	VII	B. coxalgique	Procidence du cordon	bon	bon
1874	III	B. gineclaire et aplati P.S.P. = 9,7	Procidence du cordon	bon	bon

Versions (Présentations du fœtus)

N ^o	Paillé	Pige de la gestation	Bassin		Mode de l'acception employée	Etat de la mère	Etat de l'enfant
165	VIII	9m	B. normal	Epaule droite, dos, post ^{re}	V. manœuvre. internes	Bon	Bon
445	VI	8m	B. normal	Epaule droite, dos, post ^{re}	V. manœuvre. internes	Bon	morté
528	I	8m	B. épaule rétrécie	Epaule droite, dos, post ^{re}	V. manœuvre. internes	Bon	Bon
662	II	9m	B. non accessible. Acord. cordon	Epaule droite, dos, post ^{re}	V. Braxton Hicks	Bon	morté
678	VI	9m	B. normal	Epaule, gauche, dos, ant ^{re}	V. manœuvre. internes	Bon	Bon
697	V	8m	B. normal	Epaule ?	V. manœuvre. internes	Bon	défilé
767	?	9m	B. normal	Epaule droite, dos, post ^{re}	V. manœuvre. internes	Bon	Bon
807	II	6m	B. normal	Epaule, droite, dos, ant ^{re}	V. Braxton Hicks	Bon	Bon
1541	I	?	B. normal	Epaule, gauche, dos, post ^{re}	V. manœuvre. internes	Bon	morté
1600	VII	8m	B. normal	Epaule ?	V. force par éviction	Bon	morté
1631	IV	9m	B. normal (utérus bitorne)	Epaule ?	V. Braxton Hicks	Bon	morté

En dehors des versions faites pour présentation du tronc :

Cinq versions ont été pratiquées pour bassin vicié.

Sept pour procidence du cordon.

Parmi ces 7 dernières, 4 eurent lieu avec bassin vicié.

Trois avec bassin normal.

Quatre pour hémorragie par placenta prævia marginal.

Trois pour éclampsie (dont 2 chez une gémellaire).

On pratiqua :

Une fois la version par manœuvres externes.

Une fois la version forcée par éviscération sur enfant mort avant l'arrivée.

Cinq fois la version bipolaire de Braxton Hicks.

Vingt-trois fois la version podalique par manœuvres internes.

Dans 3 de ces derniers cas, une application de forceps au détroit supérieur avait été tentée auparavant.

Sur le n° 1525. XI-pare. --- Grossesse de neuf mois. Bassin normal. Sommet en G. T. avec procidence du cordon et d'un bras. On pratiqua la version par manœuvres internes pour extraire un enfant pesant 5.430 grammes. La mère et lui sortirent du service en parfait état.

Deux mères succombèrent : la première, le douzième jour, à la suite d'une hémorragie en ville par placenta prævia, puis d'infection ; la deuxième, douze heures après son arrivée, à la suite de crises d'éclampsie. Les 27 autres mères sortirent en état satisfaisant.

La mortalité maternelle s'est donc élevée à 2 sur 30, soit une proportion de 6,66 o/o ; mais ces 2 morts doivent être

imputées non pas à l'opération obstétricale que les femmes ont eu à subir, mais bien aux complications qui ont nécessité cette intervention.

La mortalité infantile fut de 17 :

Treize enfants sont nés morts, 4 étaient morts avant l'arrivée de la femme à l'hôpital (l'un d'eux était macéré).

Un autre mourut pendant les crises éclamptiques de la mère.

Un autre avait un enfoncement du pariétal gauche (bassin de P. S. P. = 8,5 environ).

Deux autres succombèrent chez des femmes ayant eu un placenta prævia hémorragique.

Deux autres enfin moururent par suite de la procidence du cordon.

Quatre enfants moururent dans les jours qui suivirent leur naissance : 1 d'eux, mort le quatrième jour, avait une hémorragie de la capsule surrénale ; 1 autre avait une hémorragie méningée, et était mort le quatrième jour après avoir présenté des convulsions ; les 2 derniers étaient des débiles.

En ne tenant pas compte du fœtus mort et macéré, la mortalité infantile s'est élevée à 16 sur 30, soit une proportion de 4 o/o.

Mais, en réalité, de l'examen des causes diverses de ces morts, indiquées ci-dessus, il résulte que 3 seulement, dont une pendant le travail et 2 après la naissance des enfants, sont imputables à la version elle-même, soit une proportion de 10 o/o.

III. — BASIOTRIPSIE

Deux basiotripsies furent pratiquées dans le courant de l'années.

La première, n° 762, chez une VIII-Pare : bassin normal. Grossesse de neuf mois. Arrivée avec procidence du cordon et de la main droite. Enfant mort avant l'arrivée.

La seconde, n° 884, chez une primipare : Bassin vicié, promontoire mesurant environ 10,2 de P. S. P. Grossesse de neuf mois.

Plusieurs tentatives de forceps avaient été faites, en ville, au détroit supérieur ; l'enfant était mort à l'arrivée. La basiotripsie dût être faite au détroit supérieur.

Dans les 2 cas, l'état de la mère fut bon pendant les suites de couches.

IV. — EMBRYOTOMIE CERVICALE

On procéda également à deux embryotomies cervicales :

L'une, n° 79, chez une I-Pare : Bassin normal. Présentation de l'épaule. Enfant mort et macéré.

L'autre n° 945 chez une III-pare. Bassin normal. Présentation de l'épaule avec procidence du cordon. Enfant mort à l'arrivée.

L'état des deux mères était bon à leur sortie.

V. — PUBIOTOMIE

Une seule pubiotomie fut pratiquée. (Procédé de Gigli).

N° 580. — Sur une primipare ayant un bassin généralement rétréci. L'état de la mère et de l'enfant était bon à leur sortie.

VI. — OPÉRATION CÉSARIENNE

a) Onze opérations césariennes classiques ont été pratiquées en 1909 ; soit 6 par M. Bonnaire chef de service :

1° N° 214. III-Pare. — A terme, non en travail. Bassin vicié par assimilation, scoliose pélykogène. P. S. P. = 10,7 sans déduction. Rupture artificielle des membranes avant d'opérer, pas de drainage.

Fœtus de 4.400 grammes sorti en bon état.

2° N° 273. II-Pare. — A terme, non en travail. Bassin rachitique aplati : P. S. P. = 8 centimètres, déduction faite. Après dilatation du col au dilateur de Bossi pour assurer le drainage, on pratique la rupture artificielle des membranes pour excès de liquide. Opération. Fœtus de 3.550 grammes sorti en bon état.

3° N° 492. I-Pare. — Grossesse de huit mois. Kyste hydatique du petit bassin. Eventration constatée le treizième jour après l'opération. Enfant de 2.320 grammes mort de broncho-pneumonie le neuvième jour.

4° N° 540. II-Pare. — A terme, en travail, P. S. P. = 6,5. Membranes rompues depuis deux jours. Dilatation du col : comme 1 franc. Pas de drainage.

Enfant de 3.310 grammes en bon état à la sortie.

5° N° 612. I-Pare. — Près du terme. Bassin vicié, col long, fermé.

Enfant de 3.450 grammes en bon état à la sortie.

6 N° 797. I-Pare. — Près du terme. Bassin généralement rétréci : P. S. P. = 8,5. Début de travail. Pas de drainage.

Enfant de 2.320 grammes, mort de broncho-pneumonie.

b) Cinq autres opérations césariennes classiques ont été pratiquées par M. Jeannin assistant :

1° N° 1156. II-Pare. — Grossesse près du terme. Bassin normal, kyste dermoïde.

Enfant de 2.830 grammes sorti en bon état.

2° N° 1243. I-Pare. — Grossesse de huit mois et demi. Bassin plat, rachitique. P. S. P. = 9,2 sans déduction. Membranes rompues.

Enfant de 2.530 grammes sorti en bon état.

3° N° 1255. III-Pare. — A terme. Bassin généralement rétréci. P. S. P. = 8 centimètres, déduction faite. Membranes rompues.

Enfant de 3.300 grammes sorti en bon état.

4° N° 1482. III-Pare. — Près du terme, non en travail, col perméable. Néoplasme du col de l'utérus. Cette opération césarienne fut suivie d'une hystérectomie totale.

Enfant de 3.100 grammes sorti en bon état.

5° N° 1.503. IX-Pare. — A terme. Fibrome du segment

inférieur. Membranes rompues depuis vingt-quatre heures. Liquide teinté. Ablation du fibrome par énucléation.

Enfant de 3.890 grammes sorti en bon état.

Au total, 2 mères sur 11 moururent après l'opération césarienne classique, soit une proportion de 18,18 0/0. Deux enfants sur 11 succombèrent également dans les premiers jours qui suivirent l'opération, emportés par une broncho-pneumonie.

Il faut encore pratiqué dans le service deux opérations césariennes vaginales et une opération césarienne supra-symphysaire.

La première opération césarienne vaginale fut pratiquée par M. Bonnaire :

N^o 1.968. I-Pare.—Grossesse de huit mois à peine. Tête non engagée, ayant une bosse séro-sanguine, membranes rompues. Rigidité anatomique du col ouvert comme à l'emportepièce et dilaté comme 1 franc, ses bords épais et rigides ont une dimension de 2 centimètres environ. Le bassin est généralement petit, mais l'enfant est peu volumineux et M. Bonnaire juge qu'il pourra passer par la voie vaginale. L'enfant souffrait; le liquide amniotique très épais, jaune verdâtre, était fétide; les bruits du cœur étaient ralentis mais réguliers. Le doigt introduit dans le col à la recherche d'une latérocidence possible du cordon déchire le col. M. Bonnaire pratiqua alors l'opération césarienne vaginale de Dührssen. La mère et l'enfant sortirent du service en bon état.

La seconde opération césarienne vaginale fut pratiquée

par M. Jeannin assistant, ainsi que la césarienne supra-symphysaire :

N° 1.803. I-Pare.— Grossesse de six mois, brides vaginales, col atrophié. La femme atteinte d'accidents gravido-cardiaques est amenée en état d'asystolie. Opération césarienne vaginale de Dührssen. La femme, déjà agonisante, succomba à la fin de l'opération.

N° 1.100. I-Pare.— A terme. Bassin vicié, membranes rompues et fièvre à l'arrivée. Césarienne supra-symphysaire. La femme mourut, dans les 24 heures, à la suite de convulsions (urémie ?)

VII. — ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

Chez 12 femmes, l'accouchement a été provoqué ; 4 étaient primipares, 8 multipares.

9 furent pratiqués pour bassin vicié ;

1 pour mort habituelle du fœtus ;

1 pour maladie de Basedow ;

1 pour accès éclamptiques.

On eut recours :

Six fois à l'écarteur Tarnier seul : l'accouchement se termina spontanément 5 fois et une fois on dut faire une application de forceps.

Trois fois au ballon de Tarnier.

Une fois au ballon de Champetier.

Pour le n° 1045. II-Pare : Bassin aplati, généralement

rétréci, on eut recours successivement au ballon de Tarnier, au ballon de Braun, à l'écarteur Tarnier, puis à la dilatation bimanuelle ; on termina par une application de forceps au détroit supérieur suivie d'une délivrance artificielle. La femme mourut le sixième jour présentant un ictère prononcé. L'enfant vécut et sortit en bon état.

Pour le n° 1955. Primipare : Bassin normal. Eclamptique ayant eu 2 accès à l'hôpital et chez laquelle on constata dans la suite une hémorragie rétro-placentaire, on pratiqua la dilatation du col à l'aide des bougies de Hégar. Puis on appliqua le dilatateur de Bossi jusqu'à dilatation comme 5 fr. environ ; le col était rigide. L'accouchement se termina spontanément.

L'enfant était mort-né. La mère sortit en bon état.

La mortalité maternelle s'éleva à 1 sur 12 accouchements provoqués, soit une proportion de 8,33 o/o.

Un seul enfant succomba pendant le travail, ce qui indique la même proportion de 8,33 o/o pour la mortalité fœtale.

VIII. — ACCOUCHEMENT ACCÉLÉRÉ

L'accouchement accéléré a été pratiqué chez 8 femmes ; 4 primipares et 4 multipares, soit à l'aide de l'écarteur, soit par l'introduction de ballon dans l'utérus avec ou sans tractions.

Dans le 2 premiers cas, on y eut recours pour souffrance du fœtus ; c'est l'écarteur Tarnier qui fut employé, et dans le second cas on termina l'accouchement par une application de forceps dans l'excavation.

Le troisième, accéléré également par l'application de l'écarteur Tarnier, fut pratiqué chez une femme à terme ayant un bassin vicié mesurant 10.7 de P. S. P.

Pour le quatrième on appliqua *in utero* le ballon de Braun avec traction de 1 kilogramme et on termina par une version podalique suivie de délivrance artificielle. La femme avait eu une hémorragie par placenta prævia marginal ; l'enfant ne put être ranimé.

Le cinquième fut fait également à l'aide du ballon de Braun appliqué *in utero* chez une éclamptique ; l'enfant était mort et macéré.

Le sixième, commencé par l'application d'un ballon de Braun dans l'utérus, fut terminé par dilatation bimanuelle suivie d'une version podalique.

Pour les septième et huitième on eut recours à la dilatation bimanuelle suivie d'une application de forceps : la première femme avait eu une hémorragie par placenta prævia marginal. La seconde avait un bassin généralement petit et les bruits du cœur fœtal étaient ralentis.

L'état de toutes les femmes était bon à leur sortie.

La mortalité fœtale atteignit le chiffre de 2 sur 8, soit une proportion de 25 o/o.

IX. — ACCOUCHEMENT MÉTHODIQUEMENT RAPIDE

Quatre accouchements méthodiquement rapides furent pratiqués par le procédé de dilatation bimanuelle de M. Bonnaire ou à l'aide du dilatateur de Bossi.

Le premier chez une primipare gémellaire éclamptique : on eut recours à la dilatation bimanuelle suivie de deux versions podaliques. L'état de la mère et des enfants était bon à leur sortie.

Le second, chez une VIII-Pare. Grossesse de six mois et demi, pour accidents gravido-cardiaques. On pratiqua la dilatation à l'aide du dilateur de Bossi, puis une version podalique. L'enfant mourut pendant l'extraction. Délivrance artificielle. Etat de la mère bon.

Le troisième, chez une IV-Pare, pour placenta prævia hémorragique. On eut recours à la dilatation bimanuelle du col. Délivrance artificielle.

Etat de la mère et de l'enfant bon.

Le quatrième, chez une primipare, pour lenteur du travail. On pratiqua la dilatation bimanuelle du col suivie d'une application de forceps dans l'excavation.

Etat de la mère bon

Enfant mort d'hémorragie méningée.

La mortalité maternelle est nulle.

La mortalité fœtale est de 2 sur 5, soit une proportion de 40 o/o.

X. — DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

On a dû intervenir 22 fois pour pratiquer la délivrance artificielle : 8 fois chez des primipares, 14 fois chez des multipares.

Dans 6 cas, il y eut adhérences anormales du placenta, 2 fois avec enchâtonnement placentaire.

Dans 10 autres cas, on dut opérer pour des hémorragies graves dont 3 liées à l'insertion vicieuse du placenta.

Six fois la délivrance artificielle fut pratiquée à la suite d'interventions diverses : forceps, version, embryotomie, accouchement méthodiquement rapide.

Deux femmes succombèrent sur 22, ce qui fournit une proportion de 9,09 o/o.

XI. — INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

Onze insertions vicieuses du placenta furent observées :

L'une d'elles était une insertion centrale chez une III-Pare qui avait eu une grave hémorragie en ville. On eut recours à la dilatation bimanuelle du col, puis à une version par manœuvres internes, et on termina par perforation de la tête dernière sur enfant mort. On pratiqua ensuite une délivrance artificielle. La femme mourut le dix-neuvième jour d'infection généralisée.

Deux autres qui étaient des insertions marginales ne donnèrent lieu à aucun accident ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant.

Un quatrième déterminait seulement une hémorragie de la délivrance. Deux fois, une hémorragie du début du travail fit procéder à la rupture artificielle des membres : dans un de ces cas il y avait un hématome rétro-placentaire et l'enfant était débile ; dans le second cas, l'enfant était mort avant l'intervention.

On eut recours une fois à la version de Braxton Hickes ; l'enfant était mort.

On pratiqua une fois l'accouchement forcé suivi de délivrance artificielle et une autre fois l'accouchement accéléré terminé par une version podalique ; l'enfant était mort après cette dernière intervention.

Enfin, dans 2 cas, on fit une application de forceps à la suite d'une hémorragie grave en ville : l'un des enfants mourut vingt-quatre heures après la naissance.

En résumé : 1 mère morte d'infection et 4 enfants morts sur 11 cas d'insertion vicieuse du placenta, soit une mortalité maternelle de 9,09 0/0 et une mortalité fœtale de 36,66 0/0.

Nous noterons ici en terminant que 5 hématomes rétro-placentaires furent observés : l'un chez une éclampsique ; le second chez une femme ayant un placenta prævia ; les trois derniers chez des femmes ne présentant rien de particulier.

XII. — PROCIDENCE DU CORDON ET DES MEMBRES

On observa pendant l'année 13 procidences du cordon dont 2 étaient accompagnées de procidence d'un membre.

Cette complication se présenta chez 3 primipares et chez 10 multipares ; 8 d'entre elles avaient un bassin normal ; 5 avaient un bassin vicié.

On se trouvait en présence :

Huit fois de présentations du sommet ;

Quatre fois de présentations du siège ;

Une fois d'une présentation de l'épaule.

Dans 3 cas, l'enfant était mort à l'arrivée et l'on n'eut pas à intervenir. L'enfant était également mort à l'arrivée dans le cas de présentation de l'épaule et on pratiqua une embryotomie.

Dans 7 cas de présentation du sommet, on eut recours à la version podalique : 3 des enfants moururent dont 1 d'un enfoncement du pariétal gauche (le bassin de la mère pour ce dernier ne mesurait que 8,5 de P. S. P.) ; le second, qui avait été ranimé à sa naissance mourut vingt-quatre heures après ; le troisième était mort à l'arrivée.

Pour les 4 cas de présentation du siège, 2 enfants moururent pendant l'extraction ; on avait pratiqué dans l'un de ces cas l'abaissement prophylatique d'un pied ; dans le troisième cas l'enfant était mort à l'arrivée ; une seule fois l'enfant survécut.

L'état de toutes les mères resta bon jusqu'à la sortie.

La procidence des membres ne comprend que deux faits où le bras était prolapé à côté de la tête : les 2 femmes avaient un bassin légèrement vicié ; les deux fois, la rétro-pulsion du membre fut faite et l'accouchement se termina spontanément.

Pour les 13 cas de procidence du cordon, la mortalité maternelle fut nulle ; la mortalité fœtale s'éleva à 8 sur 13, soit une proportion de 61,53 o/o.

XIII. — DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Nous ne faisons mention ici que des lésions périnéales assez importantes pour avoir figuré, à titre de complication notable, sur le registre de la maternité.

On relève 19 de ces déchirures : 17 chez des primipares ; les 2 autres chez une II-Pare et chez une III-Pare.

Trois de ces déchirures étaient complètes, intéressant par conséquent la totalité du sphincter anal.

On constate deux déchirures centrales :

La première chez une primipare. Bassin normal. Grossesse de neuf mois. Au moment où s'annonçait la déchirure centrale, on pratiqua l'épisiotomie ; on sutura aussitôt après l'accouchement, mais une légère infection obligea à faire sauter les fils dans les premiers jours qui suivirent et on dut pratiquer une périnéorraphie secondaire le quinzième jour.

La seconde chez une primipare. Bassin normal. La malade accouchée chez elle arriva à la maternité avec une déchirure centrale du périnée. On pratiqua une périnéorraphie secondaire le dix-septième jour.

XIV. — GROSSESSES EXTR-AUTÉRINES

Trois grossesses extra-utérines ont été opérées à la maternité.

La première : primipare. Grossesse tubaire non rompue. Laparotomie. Etat de la femme bon à la sortie.

Le seconde : grossesse extra-utérine rompue. On trouve après laparotomie une inondation péritonéale par hémorragie : la femme mourut à la fin de l'opération.

La troisième chez une III-Pare. Grossesse tubaire rompue. Laparotomie : inondation péritonéale. Etat de la femme bon à la sortie.

La mortalité fut donc de 1 sur 3 femmes opérées, soit 33,33 o/o.

QUATRIÈME PARTIE

QUELQUES TYPES D'AFFECTIONS AYANT COMPLIQUÉ LA PUERPÉRALITÉ

I. — ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Treize femmes dont 7 primipares furent reçues dans le service pour attaques d'éclampsie. Six d'entre elles amenées en état très grave moururent peu après leur arrivée :

N° 100. IV-pare. — Dix accès en ville, trois à l'hôpital, morte trente-six heures après. Fœtus de six mois macéré.

N° 629. II-pare. — Accouchement prématuré. Trente-six accès pendant le travail et après l'accouchement. Morte vingt heures après l'arrivée. Enfant mort.

N° 701. II-pare. — Grossesse de sept mois et demi. Huit accès en ville et à l'hôpital. Dilatation bimanuelle. Version podalique. Morte douze heures après l'arrivée. Enfant mort.

N° 731. — Accouchée depuis quatre jours en ville où elle a eu trois accès ; elle est amenée dans un état très grave et meurt une heure après son entrée.

N° 144. — Crises convulsives en ville. Eclampsie(?) Urines albumineuses. Amenée dans le coma, meurt six heures après son entrée. Pas d'autopsie. Enfant macéré.

N° 1508. I-pare. — Grossesse de neuf mois. Morte le cinquième jour après avoir eu quatre accès en ville. On avait extrait un enfant vivant par une application de forceps au détroit inférieur.

Les 6 autres femmes guérissent et sortent en bon état :

Trois d'entre elles (n°s 69,832 et 1341) accouchèrent spontanément dont une d'un macéré.

Chez une quatrième (n° 154), on pratiqua un accouchement provoqué à sept mois de grossesse après deux accès à l'hôpital. Il y avait une hémorragie rétro-placentaire. L'enfant était né mort.

Chez une autre (n° 1150) enceinte de huit mois, ayant eu deux accès en ville, on pratiqua l'accouchement accéléré. L'enfant était macéré.

La dernière (n° 48) était une primipare de vingt-deux ans. Grossesse à terme. Entrée à 1 heure du matin, ayant eu en ville un accès d'éclampsie, elle a un second accès en arrivant à l'hôpital. Température 36 degrés. Pouls 110. Version artérielle 18. On lui fait une saignée et sa tension tombe à 16. On constate l'existence d'une grossesse gémellaire : le premier enfant se présente par le sommet mobile en O.I.G.T. On pratique la dilatation bimanuelle du col suivie d'une application de forceps au-dessus du détroit supérieur : le forceps dérape, et on a recours à la version. Le deuxième jumeau est également extrait par la version. La mère et les deux enfants sortent de l'hôpital en bon état.

La mortalité totale des mères s'éleva à 6 sur 13, soit une proportion de 46,15 o/o.

La mortalité totale s'éleva à 8 sur 13, soit une proportion de 61,53 o/o.

II. — ALBUMINURIE

En dehors des malades atteintes d'éclampsie puerpérale, 32 femmes furent traitées dans le service pour albuminurie. Dans ce total sont comptées seulement les parturientes qui présentèrent au moins 0 gr. 50 à 1 gramme d'albumine pendant trois ou quatre jours.

Vingt-cinq d'entre elles étaient guéries à leur sortie ou n'avaient plus que des traces d'albumine. Les 7 autres, dont 4 sont notées comme atteintes de mal de Bright, sortirent avant la disparition complète de l'albumine dans leurs urines.

III. — VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

Deux malades accouchées dans le service étaient atteintes de vomissements incoercibles :

N° 134. Primipare. — Vingt et un ans. Aucun antécédent pathologique important. Elle entre dans le service le 25 juin 1908, enceinte de six semaines environ, atteinte de vomissements persistants depuis un mois. Elle dit avoir presque continuellement une constipation opiniâtre. Notable amaigrissement. Poids 43 kilogrammes.

Pas de troubles nerveux. Pouls normal.

La malade, après un traitement qui améliore beaucoup son état rentre chez elle le 2 juillet. Poids 47 k. 700 à sa sortie.

Elle revient le 16 juillet vomissant de nouveau. Elle est traitée jusqu'au 19 août et rentre chez elle en assez bon état.

La malade ne rentre de nouveau dans le service que le 21 janvier 1903 pour accoucher ; elle est en assez bon état. Accouchement spontané à huit mois et demi. Enfant, 2.730 grammes, en bon état. La malade quitte le service le 3 février 1909 en bonne santé.

N° 1209. VIII-Pare. — Trente-cinq ans. Aucun antécédent pathologique important, mais il y a dix ans et pendant deux années consécutives, la malade a eu à l'occasion de ses périodes menstruelles des crises de vomissements nocturnes avec hyperchlorhydrie. En 1905, une grossesse est accompagnée de vomissements jusqu'au quatrième mois.

Grossesse actuelle de huit mois environ à l'entrée de la femme ; la malade est admise pour vomissements incoercibles ayant débuté il y a un mois environ : elle entre en travail deux jours après son arrivée et accouche spontanément d'un enfant de 2.350 grammes.

La malade ne présente aucun trouble nerveux, elle est atteinte de constipation opiniâtre. Elle pèse 49 kilogrammes, sa température et son pouls sont normaux.

Elle part sur sa demande le treizième jour.

Une troisième femme entra au dortoir au cours de sa grossesse, atteinte de vomissements incoercibles ; mais elle partit sur sa demande le vingt-huitième jour et l'on ne connut point le terme de l'évolution de sa maladie. Il s'agissait d'une primipare de vingt quatre ans, enceinte de trois mois, A son entrée, son état était sérieux ; son pouls était à 120 ; sa température à 36°2 : la quantité d'urines recueillies pen-

dant les premières vingt-quatre heures s'élevait à 250 gr., les garde-robes étaient fétides. La malade resta dans le service pendant vingt-huit jours. Sa température varia de 36 à 37°6, son pouls de 80 à 130 ; la quantité d'urines augmentée pendant une vingtaine de jours (de 900 à 1000 gr.) diminua de nouveau pendant les trois derniers jours ; le poids oscilla autour de 44 kilogrammes avec diminutions ou augmentations de 500 grammes à 1000 grammes.

La malade sortit le vingt-huitième jour emmenée par sa famille, malgré les observations faites sur le danger que lui faisait courir son état.

A ce moment la malade ne gardait guère que des lavements alimentaires ; elle avait diminuée de 1 kilogramme pendant les deux derniers jours ; poids : 42 k. gr. 700, sa température oscillait entre 36 et 37°8, son pouls entre 110 et 120, on avait recueilli seulement 300 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures.

IV. — PYÉLONÉPHRITES

Cinq femmes furent soignées pour pyélonéphrite au cours de leur grossesse : quatre étaient primipares, une secondipare. Cette dernière accoucha, à six mois et demi, d'un enfant qui mourut le huitième jour.

Parmi les quatre autres malades, trois accouchèrent, entre six mois et sept mois et demi, d'enfants débiles dont deux moururent.

La cinquième accoucha, à huit mois, d'un enfant qui sortit bien portant de l'hôpital.

L'état des mères à leur sortie était satisfaisant.

V. — TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LARYNGÉE

Vingt femmes étaient atteintes de tuberculose pulmonaire dont : 9 primipares, 11 multipares.

A. — 9 primipares parmi lesquelles :

Le n° 64 mourut 36 heures après l'accouchement, laissant un enfant débile.

Les n°s 285 et 286, bacillaires au début, sortirent en bon état, mais les deux enfants, débiles, moururent le douzième jour.

Les n°s 293 et 823 sortirent en assez bon état, la première ayant perdu son enfant, débile, le septième jour, la seconde gardant un enfant débile.

Le n° 935 mourut le sixième jour : son enfant avait succombé 5 heures après sa naissance.

Les n°s 1125 et 1242 partirent en assez bon état, leurs enfants n'avaient vécu que 5 heures.

Le n° 1882, bacillaire et cardiaque, accoucha, à terme, d'un enfant qui sortit bien portant ; la mère sortit du service sans avoir présenté de complications puerpérales.

B. — 11 multipares parmi lesquelles :

Le n° 161 mourut 24 heures après l'accouchement, laissant un enfant qui survécut seulement cinq jours.

Le n° 304 atteinte d'une laryngite bacillaire probable, sortit, ainsi que son enfant, en bon état.

Le n° 318 sortit également bien portante, ayant accouché d'un fœtus macéré.

Le n° 474 qui resta en état satisfaisant, perdit son enfant au neuvième jour.

Le n° 593 (XII-pare), bacillaire au troisième degré, fut envoyée en médecine, laissant un enfant débile.

Les n°s 596, 691 et 1698 étaient atteintes de bacilliose laryngée et pulmonaire; elles furent passées en médecine après leur accouchement; deux des enfants étaient débiles, le troisième, en assez bon état.

Le n° 624, qui eut à supporter une hémorragie par placenta prævia et chez laquelle, on fit une application de forceps, sortit sans complication puerpérale; l'enfant mourut le premier jour.

Le n° 935 mourut le sixième jour, l'enfant débile succomba le cinquième jour.

Le n° 1984, bacillaire au deuxième degré, sortit sans aggravation de son état; son enfant était en assez bon état.

En résumé, la mortalité fut de trois mères et dix enfants sur vingt bacillaires.

VI. — DIVERSES AUTRES COMPLICATIONS PULMONAIRES

Dix femmes étaient atteintes de bronchite, pendant leurs suites de couches. Une autre avait contracté une pleuro-pneumonie pendant sa grossesse; elle était hospitalisée en médecine où on la reçut, de nouveau, huit jours après son accouchement. Chez une dernière, on constata un hématome pleural

pendant la grossesse ; elle sortit guérie après son accouchement.

VII. — CARDIOPATHIES

Huit femmes étaient atteintes de cardiopathie lors de leur accouchement dont : 3 primipares et 5 multipares.

a) *Trois primipares.* — La première primipare (n° 238) atteinte d'insuffisance mitrale accoucha spontanément.

La deuxième, bacillaire et cardiaque en même temps, et déjà citée plus haut, accoucha sans incident.

Chez la troisième, ayant un rétrécissement et une insuffisance mitrale, on fit une application de forceps à la vulve.

Toutes trois étaient en bon état à leur sortie.

b) *Cinq multipares.* — Quant aux multipares le n° 267 étant en état de dyspnée, on eut recours à une application de forceps.

Le n° 461 (VII-Pare) atteinte de rétrécissement mitral accoucha néanmoins spontanément, avant que l'on ait eu le temps d'appliquer le forceps.

L'enfant mourut trente-six heures après.

Chez le n° 1332 (VII-Pare) on pratiqua l'accouchement forcé pour accidents gravido-cardiaques ; l'enfant était mort pendant l'extraction.

Le n° 1623, atteinte de rétrécissement mitral eut également des accidents gravido-cardiaques qui nécessitèrent une application de forceps. Au sortir de la maternité, elle fut admise dans un service de médecine.

Ce dernier cas à part, les mères sortirent du service en assez bon état, ainsi que les enfants survivants.

VIII. — RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Une femme accoucha en pleine crise de rhumatisme articulaire aigu : sa température était de 39 degrés au moment de l'accouchement. Elle sortit convalescente le dixième jour. L'enfant était né à terme et bien portant.

IX. — ÉRYSIPELE

Deux femmes atteintes d'érysipèle furent reçues au service de l'isolement.

La première enceinte de huit mois fut reçue en travail avec un érysipèle en voie de desquamation. La mère et l'enfant sortirent le dixième jour en bon état.

La deuxième, accouchée chez elle depuis huit jours, fut transportée à l'hôpital Claude-Bernard quinze jours après son admission. Son enfant, né à terme, était mort quelques heures après son entrée dans le service.

X. — PHLÉBITE

Une femme fut atteinte de phlegmatia alba dolens le quatrième jour après son accouchement :

Elle avait présenté des symptômes d'infection utérine le sixième jour avec température de 40 degrés, puis de 38 à 39 degrés les jours suivants. La malade sortit convalescente trente-cinq jours après son accouchement, c'est-à-dire vingt et un jours après le début de la phlébite.

XI. — ANÉMIE PERNICIEUSE

Une femme mourut d'anémie pernicieuse :

IV-Pare de trente-huit ans, alitée depuis un mois et très anémiée, en état grave, entre dans le service étant en travail ; elle accouche spontanément de 2 jumeaux. Sa température est de 37°8. Son pouls est à 125. Légère albuminurie. Sa température s'élève les jours suivants à 38 degrés puis à 39 degrés et son pouls varie de 120 à 125. Elle succombe le neuvième jour. Les 2 enfants débiles moururent de broncho-pneumonie le quinzième jour.

CINQUIÈME PARTIE

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ INFECTIEUSES

Nous étudierons l'infection puerpérale, pendant l'année 1909, en tenant compte seulement des infections sérieuses, c'est-à-dire des cas où la température dépassa 38°1 pendant plus de vingt-quatre heures.

Nous diviserons les femmes qui en furent atteintes en trois catégories. Nous ferons entrer, dans la première, les femmes déjà infectées d'une façon manifeste au moment de leur admission ; dans la seconde, les femmes seulement suspectes d'infection avant leur entrée ; dans la troisième, les femmes saines au moment de leur arrivée à l'hôpital, répondant aux infections, sûrement autochtones, du service.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — Nous comptons, dans cette catégorie, toute femme présentant une température de 38°1 au moins, lors de son admission à la maternité, température qui persista pendant plus de vingt-quatre heures.

Nous relevons 14 femmes ayant été ainsi infectées, et parmi elles, une mort à la suite d'un accouchement,

prématuré de six mois et demi, provoqué criminellement et avoué par la malade : on constate, à l'autopsie de cette dernière, une infection aiguë généralisée.

Cette mortalité de 1 pour 14 donne une proportion de 7,14 0/0.

DEUXIÈME CATÉGORIE. — Nous relevons ici les infectées puerpérales parmi les femmes sans fièvre à l'entrée, mais suspectes d'infection, pour avoir été explorées ou opérées en ville ou pour avoir eu les membranes rompues avant l'admission.

Les femmes infectées qui ressortissent à cette classe sont au nombre de 14 : deux d'entre elles succombèrent :

La première, III-pare, enceinte de huit mois et demi, entra à la maternité quatre jours après la rupture prématurée des membranes ; l'œuf était fétide. La malade accoucha spontanément quelques heures après son arrivée. On pratiqua une injection antiseptique intra-ovulaire, puis une injection intra-utérine iodée aussitôt après la délivrance. La température oscilla de 39 à 40 degrés pendant neuf jours. On pratiqua un pansement iodé intra-utérin et des irrigations intra-utérines de 30 litres d'eau de Labarraque.

La malade succomba le dixième jour.

La seconde femme, primipare, accouchée et délivrée spontanément chez une sage-femme agréée, fut ramenée à la maternité le dixième jour pour hémorragie. A l'arrivée, on extrait de l'utérus un cotylédon placentaire gros comme une petite noix ; la malade a un frisson deux heures après : sa

température oscille entre 39 et 40 degrés pendant vingt et un jours et malgré, le traitement appliqué : balnéo-thérapie, injection intra-veineuse de collargol, la malade succombe le vingt-deuxième jour.

La mortalité s'élève dans cette catégorie à 2 sur 14, soit une proportion de 14,28 o/o.

TROISIÈME CATÉGORIE. — Nous comprenons, dans cette classe, les femmes accouchées à l'hôpital qui n'ont été l'objet d'aucune exploration ou intervention préalable au dehors, et admises avec membranes intactes et sans fièvre, mais qui ont eu des suites de couches fébriles, avec température au-dessus de 38° 1 pendant plus de vingt-quatre heures.

Nous relevons 37 femmes de cet ordre : 3 d'entre elles succombèrent.

La première, II-pare, enceinte de neuf mois, accoucha spontanément d'un enfant bien portant. Les suites de couches furent normales pendant les premiers jours. Le huitième jour : température 38 degrés, utérus mou ; on pratique un pansement iodé intra-utérin. La température oscille entre 39 et 40 degrés, du neuvième au douzième jour. Injection de collargol intra-veineuse le douzième jour. Hémorragie utérine. Mort le treizième jour.

La seconde, III-pare, enceinte de sept mois et demi, fut admise en état déjà très sérieux, après une hémorragie grave en ville par suite d'un placenta prævia central. Pouls imperceptible à l'arrivée ; injection de 1.000 grammes de sérum caféiné ; injection d'éther. On pratique la dilatation bima-

nuelle du col suivie d'une version prodalique ; perforation de la tête dernière sur enfant mort ; délivrance artificielle. Le deuxième jour : température 39 degrés, frissons répétés. Irrigations intra-utérines de 30 litres d'eau de Labarraque. Pansement iodé intra-utérin. Injection d'électrargol. Absès de fixation. Bains refroidis.

La malade meurt le dix-neuvième jour, d'infection généralisée.

La troisième, primipare, acouchée à terme et spontanément. Le deuxième jour, la température oscille entre 38° 4 et 38° 8, puis monte à 41° 4 le troisième jour, où la malade meurt de septicémie aiguë accompagné de rhumatisme infectieux.

Pour cette dernière catégorie, la mortalité fut de 3 sur 37 soit une proportion de 8,10 o/o.

Mais il est bon de remarquer que, parmi les trois femmes qui succombèrent, deux furent amenées à la maternité à la suite d'hémorragies sérieuses et en un état de moindre résistance facilitant au plus haut point leur infection.

II. — INFECTION MAMMAIRE

Galactophorites et lymphangites du sein.

Trente femmes furent atteintes de lymphangites du sein et 21 de galactophorites.

Vingt-deux étaient primipares et 29 multipares (dont 17 secondipares). Toutes sortirent guéries, sauf deux qu

partirent sur leur demande. Deux des enfants moururent dont l'un de troubles gastro-intestinaux et l'autre de broncho-pneumonie.

Abcès du sein.

Onze femmes, dont 8 primipares, ont eu des abcès du sein ; 4 d'entre elles furent ramenées de chez les sages-femmes agréées, pour cette complication. Deux abcès débütèrent pendant la grossesse et l'un d'eux avait été incisé en chirurgie.

Toutes les femmes sortirent guéries, sauf une qui partit sur sa demande. Un des enfants mourut de diarrhée et bronchite.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

En résumé, 1539 femmes, y compris les grossesses
gémellaires, ont donné naissance à 1536 enfants :

40 sont morts pendant la grossesse ;
53 sont morts pendant le travail ;
153 sont morts après la naissance ;
1317 sont sortis vivants.

On eut à pratiquer :

50 applications de forceps ;
30 versions ;
2 basiotripsies ;
2 embryotomies ;
1 pubiotomie ;
14 opérations césariennes ;
12 accouchements provoqués ;
8 accouchements accélérés ;
4 accouchements méthodiquement rapides.

Vu : le Président de la thèse

PAUL BAR

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD